Ueber die Bauchnaht.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

königl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Eugen Münch,

approb. Arzt.

Bamberg.

Humann'sche Buchdruckerei (Fr. Göttling).

1884.

Ueber die Bauchnaht.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Facultät

der

königl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Eugen Münch,

approb. Arzt.

Bamberg.

Humann'sche Buchdruckerei (Fr. Göttling).

1884.

Referent: Herr Hofrath Professor Dr. Maas.

Seiner theuern Mutter

in Dankbarkeit

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549818_0249

Die grossen Erfolge, welche Lister durch seine antiseptische Wundbehandlung errang, haben trotz vielfachem Widerspruch die meisten Chirurgen bewogen, dieselbe auf ihren Kliniken einzuführen.

Der erste, der diese Methode in Deutschland prüfte und einführte, war Thiersch*) im Jahre 1867.

Seit dieser Zeit verbreitete sich dieselbe immer mehr und mehr, und die früher so verheerend wirkenden Wundkrankheiten, Pyämie, Hospitalbrand etc. sind aus den Spitälern fast ganz verbannt.

Aber nicht diess war der einzige Vortheil der Lister'schen Methode, sondern dem Chirurgen war durch dieselbe ein neues Feld geöffnet, es waren ihm Operationen möglich', welche, wenn auch schon früher gemacht, doch mit solch schlechten Resultaten endeten, dass sie bald wieder aufgegeben wurden. Unter dem Schutze des antiseptischen Verbandes konnte man ohne Besorgniss Gelenkhöhlen öffnen, einen Theil der Gehirnsubstanz abtragen etc.

Aber als einen der grössten Eingriffe in den menschlichen Organismus darf wohl die Laparotomie angesehen werden.

Zwar wurde diese Operation schon vor vielen hundert Jahren gemacht, da lydische Könige in ihren Ha-

*) Maas, Vorwort zu der deutschen Uebersetzung von W. Cheyne's „Antiseptische Chirurgie."

rem's weibliche Eunuchen als Dienerinnen gehabt haben und von Gygas erzählt wird, dass er seine Concubinen der Conservirung ihrer Reize halber habe castriren lassen, aber mit welchem Erfolge diess geschehen und wie viele dieser Grausamkeit erlegen, ist nicht bekannt.

Zwar sind in neuerer Zeit Chirurgen aufgetreten, welche die Lister'sche Methode bei Laparotomien bekämpfen und sie geradezu als schädlich hinstellen wie Dr. Lawson Tait,*) welcher wörtlich sagt: Ich habe schon genug über das sogenannte antiseptische System Lister's gesagt, um behaupten zu können, dass es endgültig von diesem Departement der Chirurgie entfernt ist, in welchem es mehr schadet als nützt. Ich wage zu prophezeien, dass jenem System ein ähnliches Schicksal überall bevorsteht und glaube eine der grössten, best angelegten und anziehendsten Schaumblasen, welche jemals dem chirurgischen Publikum vorgespiegelt wurden, zersprengt zu haben.

Er motivirt diesen Ausspruch damit, dass die desinfirende Flüssigkeit bei dieser Concentration nicht im Stande wäre, die Pilze zu zerstören, und dass durch den Spray die in der Luft schwebenden Pilze in die Körpertheile mit hineingerissen würden.

Dem entgegen berichtet Spencer Wells über 1000 Orariotomien, welche er bis zum Jahre 1880 gemacht hatte und schreibt die günstigen Resultate, welche er in den letzten Jahren erzielt hatte, ausschliesslich der antiseptischen Methode zu.

Von dem ersten von ihm operirten Hundert star-

*) Med. Times, and Gaz. vol. II. 1881.

ben 34, vom zweiten Hundert 23, dann 23, 22, 20, 28, 24, 17, 11.

Wenn auch viel von diesem Erfolge in den letzten Jahren auf Rechnung der antiseptischen Methode zu schreiben ist, so muss man aber auch die im Laufe der Jahre errungene technische Fertigkeit, welche nicht zu gering anzuschlagen ist, mit in Berechnung ziehen.

Sehen wir jedoch von der Technik und der Methode der eigentlichen Laparotomie ab, so ist noch von ziemlichem Belang der Schluss der Operation, d. i. die Naht der Bauchwunde.

In früherer Zeit hat man weniger darauf geachtet, da man die Nachtheile einer schlechten Narbe nicht so kannte; erst in neuerer Zeit hat sich das Beweismaterial gehäuft, woraus ersichtlich ist, dass eine nicht mit grosser Sorgfalt und Accuratesse ausgeführte Bauchnaht grosse Nachtheile bringen kann.

Es können nämlich nach der Operation zwischen den einzelnen Schichten der Bauchwand Abscesse entstehen, welche in die Bauchhöhle durchbrechen und eine Pritonitis verursachen oder es platzen die Bauchdecken, wodurch das Hervorquellen der Därme ermöglicht wird, und dass diess schon öfters vorgekommen ist, ersehen wir aus mancher Krankengeschichte.

Hegar*) legte bei der Naturforscher-Versammlung im September 1879 der gynaikologischen Sektion die Resultate der 42 von ihm ausgeführten Castrationen vor und sagte dabei: Der Verschluss der Bauchwunde ist sehr sorgfältig auszuführen, die Wundränder sind zu glätten und überflüssiges Fettgewebe ist wegzunehmen, um eine Abcessbildung in den Bauchdecken

*) Centr.-Bl. f. Gynaikologie. III. 20 und 22, 1879.

zu verhüten und endlich ist das Bauchfell in grosser Ausdehnung mit in die Naht zu nehmen.

Ask berichtet über einen Fall, bei welchem nach glücklich überstandener Operation die Bauchwunde noch am 12. Tage barst.

Freund theilte bei der Naturforscher-Versammlung zu Baden-Baden einen Fall mit, bei welchem die Operation wegen Myom gemacht wurde und der Tod durch Platzen der Bauchwunde eintrat.

Egidio Welporner*) berichtet über die Exstirpation beider Ovarien, welche in der Klinik von Braun wegen Hystheroepilepsi bei einer 36jährigen Frau ausgeführt wurde, die nie eine Menstruationsblutung gehabt hatte und als Kind stets gesund, erst mit 17 Jahren die äusseren Zeichen der Geschlechtsreife erlangt hatte.

Es wurde bei ihr beschlossen, die Castration vorzunehmen unter Berücksichtigung des typischen Auftretens der Anfälle, deren Abhängigkeit von einer abnormen Funktionirung der Sexualorgane sich nicht läugnen liess. Die Operation ging glücklich von Statten, die Reconvalescenz aber wurde verzögert durch das Auseinanderweichen der Bauchwundränder mit theilweisem Zerfall der letzteren und Abscessbildung in den Bauchdecken. Erst nach 10 Wochen konnte Patientin das Bett verlassen mit festvernarbter Incisionsstelle.

J. Boekel**) veröffentlichte folgende Krankengeschichte: Patientin früher immer gesund, hat vor drei Monaten angeblich nach einer heftigen Anstrengung einen Nabelbruch bekommen, der sich rasch vergrösserte.

*) Wien med. Wochenschrift XXIX. 30. 1879.
**) Gazette médical de Strassbourg 1880. Nr. 8.

Die Untersuchung ergab, dass es sich um einen irreponiblen Netzbruch handle. Auf Wunsch der Kranken entschliesst man sich, die Laparotomie zu machen. Durch 2 elliptische Schnitte von 14 cm Länge wird der Bruch freigelegt. Ein grosses Netztück liegt im Nabelring vor. Ein Stück Netz wird abgetragen, ebenso der ganze Bruchsack entfernt, das Netz reponirt und die Wunde durch tiefe und oberflächliche Nähte vereinigt. Drainage im unteren Wundwinkel. Lister'scher Verband. Bis zum 5. Tage ist das Befinden der Kranken schlecht und am 6. Tage weicht die Bauchwunde in grosser Ausdehnung auseinander, so dass das Netz ziemlich weit frei daliegt. Trotzdem aber der weitere Verlauf noch durch 2 Abscesse, die sich von den Stichkanälen aus entwickelten, gestört wurde, ist die Wunde doch nach Ablauf von 7 Wochen definitv geheilt.

Aus oben angeführten Berichten ersehen wir, dass die Complicationen bei Laparotomien häufiger sind, als man glauben möchte. Ausser diesen Vorkommnissen aber ist noch eine sehr häufige Folge die, dass die Bauchmuskeln auseinander weichen und eine Hernia abdominalis entsteht.

Zur Hebung dieses misslichen Nachtheils einer glücklich überstandenen Ovariotomie wurden schon viele Vorschläge gemacht und fast alle natürlich gehen darauf hinaus, dass man nach Excidirung eines Theils des Bruchsackes eine möglichst gute Vereinigung der Bauchdekenwundränder herstellt.

Bevor ich auf die einzelnen und meistentheils geübten Methoden zur Vereinigung der Bauchwunden übergehe, erlaube ich mir einen Fall zu veröffentlichen, welcher verdient, in der chirurgischen Welt bekannt

zu werden, hauptsächlich wegen der Methode, welche beim Verschluss der Bauchwunde angewendet wurde:

Dor. K., 36 Jahre alt, wurde am 11. Februar 1884 auf der chirurgischen Klinik des Herrn Hofrath Prof. Dr. Maas in Würzburg aufgenommen und gab an, dass die Inguinalhernie vor 6—7 Jahren nach schwerem Heben allmählig entstanden sei und ohne besondere Beschwerden zu verursachen, innerhalb dreier Jahren bis zur jetzigen Grösse herangewachsen sei. Seit den letzten drei Jahren blieb sie gleich gross. Sie trug vor etwa 6 Jahren ein Bruchband, legte es aber bald wieder ab, weil sie am Arbeiten gehindert wurde. Vor 7 Jahren bemerkte Patientin eine kleine Geschwulst in der rechten Hälfte des Unterleibes, welche innerhalb 6 Jahren kopfgross wurde, ihr Beschwerden beim Gehen und Arbeiten verursachte. Desshalb liess sie sich Oktober 1882 in Frankfurt a. M. operiren. (Ovariotomie mit medialem Längsschnitt.) $^3/_4$ Jahre trug sie eine schlecht passende Leibbinde. Doch schon nach einem halben Jahre post operationem, nahm sie eine Hervorwölbung der Bauchwand in der Mittellinine wahr und da die Bruchbinde durch Druck und Reibung Exulceration der hervorgedrängten Haut verursachte, legte sie dieselbe ganz ab. Die Hervorwölbung wurde dann noch stärker und die Geschwüre heilten nicht.

Status praesens: Die linke Inguinalhernie hat die Grösse von etwa zwei Mannsfäusten und hat sich ganz in die linke grosse Schamlippe entwickelt. Der Inguinalkanal ist für zwei Finger durchgängig. Nach der Reposition, welche sich leicht bewerstelligen lässt, bleibt noch der stark verdickte Bruchsack deutlich fühlbar zurück.

Die Linea alba ist etwa kopfgross hervorgewölbt und beträgt der Umfang der Hernia an der Basis 46cm.

Die Entfernung von der Symphysis bubis über die Geschwulst hinweg bis zum Nabel 36 cm.

Die Hervorwölbung reicht nach oben bis 8 cm. unhalb des Nabels, bleibt rechts um 9 cm, links um 12 cm von der Spina superior anterior entfernt und hängt nach unten über die Symphyse herab und reicht bis auf den Oberschenkel.

Die Haut über derselben zeigt eine von der Ovaritomie herrührende mediane von oben nach unten verlaufende lineäre Narbe, welche 6 cm unterhalb des Nabels beginnt und 6 cm oberhalb der Symphyse aufhört.

Auf der Höhe der Vorwölbung finden sich in der Mittellinie 17 cm unterhalb des Nabels Zweimarkstückgrosse, seichte atonische Geschwüre 3 cm nach links von der Medianlinie und 7 cm rechts fünfzigpfennigrosse Geschwüre gleichen Charakters. Unterhalb der zuerst genannten zwei etwa markstückgrossen von früheren Geschwüren herrührende Narben. Die die Hernie bedeckende Haut zeigt sich durchweg äusserst dünn wie Papier. Durch Druck lässt sich der Inhalt der Hernie in die Bauchhöhle zurückdrängen und man kann deutlich die Umrandung der auseinander gedrängten Muskeln der vorderen Bauchwand abtasten. Dieselbe bildet einen kreisförmigen, scharf vorspringenden Rand, welcher vom Nabel und von der Symphyse um je 6 cm entfernt ist und der von den auseinander gewichenen Muskeln gebildete Defekt hat einen Durchmesser von 12 cm. Die Haut ist besonders auf der rechten Seite von der muskulösen Bauchwand abgehoben und nach vorn gedrängt, wodurch sich die grosse Ausdehnung der herniösen Verwölbung erklärt.

Am 20. Februar wurde die Reposition der Hernie auf operativem Wege auf folgende Weise ausgeführt:

Auf der Höhe der Hernie in der Medianlinie wurde ein Schnitt gemacht, welcher nur die Haut durchtrennte. Diese wurde seitlich zurückpräparirt bis an den Rand des zur Seite gewichenen musculus rectus abdominis. Das Peritoneum wurde dabei 2 cm weit eröffnet. Durch dieses Loch führte der Operateur den Zeigfinger unter den Musculus Rectus abdominis und führte unter dem Schutze des Fingers sechs Catgutnähte in 1 — 2 cm Entfernung von einander durch die Innenränder der musculi recti und zog dieselben bei der Knotung der Fäden aneinander, so dass also dabei zwei breitere Peritonealflächen vereinigt wurden.

Hierauf wird nach Reposition des Bauchinhaltes das untere Theil der Hernie, die sehr verdünnte Haut derselben, in einer Ausdehnung von etwa 15 cm excidirt und jetzt die beiden freien Peritonealränder mit Catgutnähten vereinigt und schliesslich die Haut darüber zusammengenäht.

Antiseptischer Verband.

Am 5. März war Alles geheilt bis auf eine oberflächliche Granulationsstelle am unteren Rande der Wunde.

Wir haben also hier einen Verschluss der Bauchwunde mittelst Naht der Bauchmusculatur, allein ohne die übrigen Schichten mit in die Naht zu fassen, während die bisher üblichen Methoden darin bestanden, mehrere Schichten der Bauchwand in eine Naht zu fassen.

König*) gibt an, man solle bei Verschluss der

*) Lehrbuch der spec. Chirurgie v. Prof. Dr. Franz Koenig, Bd. II. pag. 12.

Bauchhöhle die ganze Bauchwand durchstechen und zwar so, dass die Naht ziemlich breit fasse, das Bauchfell jedoch nur 1 cm breit.

Betrachten wir alle übrigen Methoden der Bauchnaht, so haben wir zuerst die am meisten geübte und von Spencer Wells*) empfohlene sogenannte Knopfnaht. Sie wird in der Weise angelegt, dass an beiden Enden eines 18 Zoll langen Seidenfadens je eine Nadel angebracht und jede Nadel von innen nach aussen durchstechend durch sämmtliche Schichten der Bauchwand durchgeführt wird. Das Bauchfell wird dabei in einer Ausdehnung von 1,0—1,5 cm mitgefasst und diess hält Spencer Wells von höchster Bedeutung, damit die Flächen des Bauchfells möglichst rasch an einander geschweisst werden. Er glaubt dadurch sei die Vereinigung der Wundflächen so fest und dauerhaft, dass die Bildung von Hernien kaum jemals möglich sei.

Dem entgegnet Hadlich**), welcher von der Heidelberger Klinik im Jahre 1879 schreibt, dass man daselbst in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht habe, dass Bauchhernien selbst bei der striktesten Durchführung des von Spencer Wells angegebenen Verfahrens entstünden und dass auch andere diese Erfahrung gemacht hätten.

Und wenn wir diese Methode genauer prüfen, so scheinen uns die erhobenen Vorwürfe gerechtfertigt zu sein; denn dadurch, dass das Bauchfell in einer Ausdehnung von 1,0—1,5 cm mit in die Naht hineingefasst wird, kommt dieser Theil sammt dem extraperitonealen

*) Spencer Wells, die Krankheiten der Ovarien, deutsch von Grenser. Leipzig 1874 pag. 299.

**) Hadlich, über pract. Behandlung der Bauchbrüche, von Langenbeks Archiv. Bd. XX. p 568.

Bindegewebe mit in die Wunde und es entsteht keine eigentliche Vereinigung der Bauchfellwundränder, sondern die nach innen gelegenen Bauchfellflächen werden aneinander gepresst, verklebt und wie zwei Lamellen zwischen die eigentlichen Bauchwundränder hineingezwängt. Hiedurch entstehen zwar Verklebungen und Verwachsungen der Bauchfellflächen, aber keine straffe Verbindung der Bauchfellwundränder durch Narbengewebe.

Dadurch, dass das Bauchfell in die Wunde mit hineingezogen wird, können sich die Bauchfellwundränder auch nicht in ihrer ganzen Ausdehnung nähern und wird ein Auseinanderweichen der musceli recti jedenfalls befördert. Ferner wird bei einer Naht mehr, bei der andren weniger Bauchfell mit in die Wunde hineingezogen und dadurch entsteht jedenfalls hie und da ein locus minoris resistentiae. Dieser kann, wenn Patient das Bett verlässt und seiner Arbeit nachgeht, besonders bei der arbeitenden Klasse von Menschen trotz Bauchbinden zu einem atrium mortis werden. Auch bei der besser situirten Klasse kann durch den immerwährenden Druck, den die Gedärme auf die Bauchwand ausüben, ein Auseinanderweichen der Muskeln oder wenigstens Nachgeben derselben vorkommen und die Hernie kommt dann bei Stuhlentleerungen, wo die Bauchpresse in Action tritt, oder bei Hustenanfällen zum Vorschein.

Eine andere Vereinigung der Bauchwand ist jene, bei welcher das Bauchfell nicht mit in die Naht hineingefasst wird.

Hiebei verfährt Olshausen*) mit seiner soge-

*) Ohlshausen, die Krankheiten der Ovarien p. 313. Pitha und Billroth, Handbuch der allgem. und spec. Chirurgie Bd. IV. Abthlg. I. B.

nannten Zapfennaht folgendermassen: Eine 12—14 cm lange schwachgekrümmte Nadel wird in der Entfernung von 5—8 cm vom Wundrande in die Haut, durch die übrigen Schichten und unmittelbar vor dem Peritoneum ausgestochen. Dasselbe geschieht auf der anderen Seite. Auf 6—8 cm wird eine Naht berechnet und sind daher nicht mehr als zwei gewöhnlich nöthig. Für die Vereinigung der Hautwundränder wird besonders gesorgt.

Dieses Verfahren scheint noch die früher allgemein gefürchtete Verletzung des Bauchfells herbeigeführt zu haben. Bei demselben ist zu befürchten, dass, da sich das Bauchfell bekanntlich bei Operationen gerne loslösst, keine genaue und sorgfältige Vereinigung der Wundränder zu Stande kommt und sich zwischen dem Bauchfell und der übrigen Bauchwandschicht Abscesse bilden, die entweder nach aussen oder innen durchbrechen.

Auch Olshausen bemerkt bei seinem Vortrage über die Zapfennaht, dass man gut thue, auch das Bauchfell mit in die Naht zu fassen, es scheine ihm dadurch das Aneinanderlegen der Bauchfellränder besser gesichert.

Als dritte Naht wird von Dr. Alexander Bakó*) folgendes angegeben: Man näht das Bauchfell gesondert, wie diess bei jeder Laparotomie an der Klinik des Herrn Professor Kovàcs in Budapest geschieht. Auf diese Art, glaubt er, wird das Verwachsen der Wundränder des Bauchfells wirklich gesichert und werden diejenigen Complicationen, wie Einstülpen in die Wundränder der Bauchwand, blosses Verkleben der Bauch-

*) Ueber die Nähte der Bauchwand von Dr. Alex. Bakó, emerit. Assistent d. I. Chirurg. Klinik zu Budapest. Centralblatt f. Chirurgie Nr. 44. 1882.

fellwände etc., zu denen die oben erwähnten Nahtmethoden Gelegenheit bieten, fast gänzlich ausgeschlossen.

Die Vereinigung des Bauchfells wird mit Catgut- und Kürschnernaht bewerkstelligt und die übrigen Schichten der Bauchwand durch bis an das subperitoneale Bindegewebe reichende Knopfnähte vereinigt, das exacte Aneinanderpressen der Hautwundränder sichre überdiess eine oberflächliche Kürschnernaht.

Bakó ist sonach für:

1) Abgesonderte Vereinigung des Bauchfells durch die Naht in jedem Falle.

2) Exacte Vereinigung der übrigen Bauchwandschichten mit den entsprechenden Stellen der anderen Seite.

Bei den zu diesem Zwecke angelegten Nähten soll das Ein- und Ausstechen in keiner grösseren als 1,0 bis 1,5 cm Entfernung vom Bauchwundrande geschehen. Dieselbe Distance wurde für die einzelnen Nähte von einander eingehalten.

Zu diesen Nähten sind die gekrümmten Nadeln, mit welchen wir die in verschiedener Entfernung zurückgezogenen Schichten der Bauchwand angreifen können, am zweckmässigsten, besonders, wenn wir bei der Ausführung das von Professor Kovács betonte Rückwärtsstechen beobachten.

Wenn wir den auf oben beschriebener Art in krummer Linie geführten Faden knoten, so wird die Wundfläche natürlicher Weise von vornen nach rückwärts verlängert, und müssen dem zu Folge grössere Wundflächen in Berührung kommen.

3) Für oberflächliche Nähte, die sich allein auf die Haut erstrecken. Jene halbtiefen Nähte, welche sowohl bei der Knopf- als auch bei der Zapfen- und Plattennaht zwischen die einzelnen tiefgreifenden Nähte angelegt werden, sind nicht zweckmässig, indem sie jene Wundflächen verkürzen, welche mit den tiefen Nähten von vorne nach rückwärts zu verlängern gelungen waren.

Fassen wir alle oben angegebenen Methoden kurz zusammen, so verlangt Spencer Wells eine Vereinigung aller Schichten der Bauchwand durch eine Naht. Olshausen fasst das Bauchfell nicht mit in die Naht, sondern vereinigt nur Muskulatur und Haut. Bakó näht das Bauchfell für sich und die übrigen Schichten auch für sich.

Vergleichen wir mit diesen Methoden das Verfahren, welches Maas bei oben geschildertem Falle anwandte, so finden wir, dass hier alle Bauchschichten als Peritoneum, Muskulatur und Haut einzeln vereinigt wurden und zwar wurde ein Hauptgewicht auf die genaue Vereinigung der Musculi recti gelegt und diess ist jedenfalls die Hauptsache und erste Bedingung für einen soliden Verschluss der Unterleibshöhle; denn können die Muskeln nicht auseinanderweichen, so ist von vorneherein auch eine Einstülpung des Bauchfells und der Gedärme unter die Haut unmöglich.

Dieses wird am besten ermöglicht durch eine genaue Naht der Muskeln allein ohne das Bauchfell oder die Haut mitzufassen; denn nicht an jede Schicht der Bauchwand werden gleiche Anforderungen gestellt. Die Haut muss viel dehnbarer sein als die darunter liegenden Muskeln und muss sich mehr oder minder auf denselben verschieben lassen. Dieses ist aber nicht

möglich, wenn beide durch ein und dieselbe Narbe verbunden sind.

Ausserdem kann auch eine genauere und exactere Vereinigung bei isolirter Naht stattfinden, da man die Ränder besser gegen einander ziehen kann.

Zum Schlusse sei es mir gestattet Herrn Hofrath Professor Dr. Maas für die gütige Ueberlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.